

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die
Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif AS 12

1. Wer kann sich versichern?

Versichern können sich Personen,

- deren ständiger Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland liegt und
- die nur vorübergehend ins Ausland reisen.

Die Versicherungsfähigkeit ist auf unser Verlangen nachzuweisen. Sind die Voraussetzungen nicht gegeben, kommt ein Versicherungsvertrag trotz Beitragszahlung nicht zustande.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?

Wir bieten Versicherungsschutz bei Auslandsreisen für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse. Wir ersetzen bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall (s. Nrn. 12 und 13) dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringen sonst vereinbarte Leistungen (z. B. Krankenrücktransport, siehe Nr. 4.4).

Für Auslandsreisen zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

3. Wo gilt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

Unterbricht die versicherte Person vorübergehend – längstens für drei Monate – den Aufenthalt im Ausland, so besteht auch für während dieser Unterbrechung im Inland akut eintretende Versicherungsfälle Versicherungsschutz für Leistungen nach Nr. 4.

Erfolgt innerhalb von drei Monaten nach Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes keine Wiederausreise, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens drei Monate nach der Wiedereinreise, frühestens jedoch drei Monate nach Versicherungsbeginn.

Auf unser Verlangen ist die Dauer der Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes nachzuweisen.

4. Welche Leistungen beinhaltet der Tarif AS 12?

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

Für ambulante und stationäre Heilbehandlung gilt:

- Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich aus der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; wir können unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und Arzneimittel angefallen wäre.
- Bei Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage erteilt haben.

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den folgenden Bestimmungen:

4.1 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung

Die folgenden Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen, einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen analog den in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes,
- Geburtshilfe und Nachsorge durch die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger (vgl. jedoch Nr. 13i),
- Arznei- und Verbandmittel (hierzu zählen nicht: Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Badezusätze),
- Hilfsmittel (das sind: Bandagen, Gehhilfen und Korrekturschienen zur Überwindung von Verletzungsfolgen, die durch einen während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall bedingt sind),

- e) Heilmittel (das sind: physikalisch-medizinische Leistungen wie z. B. Wärmebehandlung, Elektrotherapie, wenn sie vom in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt werden),
- f) Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall

ersetzen wir zu 100 %.

- Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.
- Leistungen des Heilpraktikers können nicht in Anspruch genommen werden.
- Wird von einem nicht ortsansässigen Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnet, so können diese Kosten nach Maßgabe des Weges gekürzt werden, den der nächsterreichbare, für die Behandlung zuständige Arzt zurücklegen müsste.

4.2 Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

Die folgenden Aufwendungen für:

- a) ärztliche Leistungen (vgl. jedoch Nr. 13i),
- b) Geburtshilfe und Nachsorge durch die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger (vgl. jedoch Nr. 13i),
- c) Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung,
- d) einen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste

ersetzen wir zu 100 %.

- Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die o. g. Voraussetzungen erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- Bei medizinisch notwendiger teilstationärer Heilbehandlung gelten die Bestimmungen entsprechend. Teilstationäre Heilbehandlung bedeutet: Von vornherein ist keine ganztägige (24-stündige) stationäre Behandlung vorgesehen.

4.3 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für

- a) zahnärztliche Leistungen einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und den Heil- und Kostenplan

werden zu 100 % insgesamt bis zu einem Höchstsatz von 500 EUR während der Laufzeit ersetzt.

Zahnkronen, Einlagefüllungen, Zahnersatz (z. B. Prothesen und Brücken), funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen und Kieferorthopädie

werden zu 50 % insgesamt bis zu einem Höchstsatz von 1.000 EUR während der Laufzeit ersetzt.

- b) Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien werden zu dem Erstattungsprozentsatz der zugrunde liegenden zahnärztlichen Leistung ersetzt.

- Als Zahnersatz gelten auch die vorbereitenden Maßnahmen und Reparaturen.
- Die unter a) und b) genannten Regelungen gelten auch, wenn die Leistungen von einem Arzt oder während einer stationären Krankenhausbehandlung ausgeführt worden sind.

4.4 Sonstige Leistungen

- a) Rückführung

Bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland erstatten wir die Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person – das sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehen – wenn die verursachten Mehrkosten sowie die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder in ein Krankenhaus in Deutschland erfolgen. Bei Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Mehrkosten auf diejenigen beschränkt, die bei einer Rückführung an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Die Aufwendungen ersetzen wir zu 100 %.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit erstatten wir die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person bis 500 EUR, wenn nach ärztlichem Befund eine nach Tarif AS 12 unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

- b) Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstatten wir die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz, bei Einäscherung im Ausland auch die Überführung der Urne oder im Falle einer Beisetzung im Ausland die entstandenen Bestattungskosten bis maximal 10.000 EUR.

5. Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?

Benutzen Sie ausschließlich das für den Abschluss vorgesehene Formular (einschließlich der Einzugsermächtigung); dieses muss uns vor Ausreise aus Deutschland ordnungsgemäß ausgefüllt und unterschrieben zugehen; der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt dann durch die Zahlung des Beitrages im Lastschriftverfahren (siehe Nr. 7 Abs. 3). Die Erteilung einer Ermächtigung zum Beitragsabruf gilt als Zahlung des Beitrages, wenn die Lastschrift eingelöst werden kann. Dem steht gleich, wenn die Einlösung der Lastschrift aus Gründen verhindert wird, die Sie nicht zu vertreten haben.

6. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag beträgt für die versicherte Person pro Monat:

AMERIKA

Eintrittsalter	Männer	Frauen
0–24 Jahre	71,10 EUR	64,40 EUR
25–29 Jahre	92,40 EUR	119,30 EUR
30–34 Jahre	93,90 EUR	192,30 EUR
35–49 Jahre	113,00 EUR	212,70 EUR
50–69 Jahre	128,20 EUR	223,00 EUR
ab 70 Jahre	480,00 EUR	540,00 EUR

ÜBRIGE WELT

Eintrittsalter	Männer	Frauen
0–24 Jahre	23,70 EUR	21,40 EUR
25–29 Jahre	31,30 EUR	39,70 EUR
30–34 Jahre	31,80 EUR	64,00 EUR
35–49 Jahre	38,30 EUR	70,80 EUR
50–69 Jahre	43,40 EUR	74,20 EUR
ab 70 Jahre	160,00 EUR	180,00 EUR

Reist eine versicherte Person während einer Auslandsreise auch nach Amerika (Nord-, Mittel-, Südamerika und Karibik), ist für jeden angefangenen Monat des Aufenthaltes in Amerika der Beitrag für den Amerika-Aufenthalt zu zahlen.

7. Was ist bei der Beitragszahlung zu berücksichtigen?

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Beiträge sind am Ersten eines jeden Kalendermonats fällig.

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter, dem Geschlecht der versicherten Person und dem Zielgebiet festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Beitragszahlung erfolgt ausschließlich im Wege des Beitragsabrufes durch uns.

Kann der Erstbeitrag oder ein Folgebeitrag von uns nicht eingezogen werden, führt dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i. V. m. § 194 Abs. 2 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss.

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherten für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Tritt der Versicherte zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

8. Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag kann für eine Mindestdauer von drei Monaten bis zu einer Höchstdauer von 12 Monaten abgeschlossen werden. Der Versicherungsbeginn muss der erste Tag des Auslandsaufenthaltes sein. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

Das Versicherungsverhältnis endet auch

- a) mit dem Tod des Versicherungsnehmers.
Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- b) mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes, jedoch frühestens mit Ablauf des dritten Monats nach Versicherungsbeginn.
Beendet nur eine der versicherten Personen den Auslandsaufenthalt, so endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Eine Verlängerung der Versicherung ist nur einmal und nur bis zu einer Gesamtversicherungsdauer von 12 Monaten möglich. Eine Erklärung zur Fortführung des Vertrages muss spätestens fünf Tage vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer bei uns eingehen.

9. Gibt es Wartezeiten?

Wartezeiten bestehen nur für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sowie für Kieferorthopädie. Sie rechnen vom Versicherungsbeginn an und betragen acht Monate.

10. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn (s. Nr. 8, Satz 2), jedoch

- nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (s. Nr. 5),
- nicht vor Beginn eines Auslandsaufenthaltes und
- nicht vor Ablauf der Wartezeiten (s. Nr. 9).

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate nach Tarif AS 12 bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt.

Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet.

11. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall über das Ende der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer hinaus, solange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

Für einen im Ausland eingetretenen Versicherungsfall wird auch noch im Inland bis zum Ende des Kalendermonats, in dem der Auslandsaufenthalt beendet wurde, weitergeleistet.

Besteht nach Beendigung des Auslandsaufenthaltes keine direkte Anschlussversicherung, kann der Versicherungsschutz für drei Monate ab Einreise nach Deutschland für **akut** auftretende Versicherungsfälle auf Deutschland ausgedehnt werden. **Hierzu muss jedoch vor Einreise eine schriftliche Erklärung des Versicherungsnehmers beim Versicherer eingehen.**

12. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch Entbindung und Tod.

13. Wann zahlen wir nicht?

Keine Leistungen erhalten Sie für:

- a) Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- b) der versicherten Person bei Abschluss des Versicherungsvertrages bekannte chronische Krankheiten bzw. Anomalien und jeweilige Folgen sowie für Krankheiten und Folgen von Krankheiten, die in den letzten sechs Monaten vor Beginn des Auslandsaufenthaltes behandelt wurden oder behandlungsbedürftig waren;
- c) Todesfälle, die auf die in Buchstabe b genannten Krankheiten bzw. Unfälle zurückzuführen sind;
- d) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind.

Als vorhersehbar gelten Kriegsereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt – zum Zeitpunkt des Reisebeginns und während des Auslandsaufenthaltes – vor Reisen in das jeweilige Land oder die jeweilige Region warnt oder von diesen abrät. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, so besteht Versicherungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen.

- e) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- f) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- h) ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- i) Aufwendungen anlässlich einer der versicherten Person vor Antritt der Reise bekannten Schwangerschaft, für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbetterkrankungen und deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von für die Versicherte nicht vorhersehbaren, akut eingetretenen Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz;
- j) Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß vergütet;
- k) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

Haben Sie bzw. die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

14. Was tun im Schadenfall?

- Bei Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person unsere Notrufzentrale (unter 0 18 01 / 358 222*) zur Beratung und Unterstützung in Fragen der Leistungsabwicklung einschalten.
- Bitte senden Sie im Schadenfall Ihre Belege an die DKV in Köln.
- Reichen Sie immer Originalunterlagen ein; nur gegen Vorlage der Originale sind wir zur Leistung verpflichtet. Darüber hinaus müssen die von uns geforderten und für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sein; die dafür berechneten Kosten sind von Ihnen zu tragen.
- Hat sich ein anderer Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, so genügen Zweitschriften der Belege mit dessen Original-Erstattungsvermerk.
- Der Anspruch auf Leistungen für die Mehrkosten einer Rückführung ist durch Kostenbelege sowie für Überführungs- bzw. Bestattungskosten zusätzlich durch die amtliche Sterbeurkunde zu begründen.
- Die Belege und Nachweise werden unser Eigentum.
- Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 VVG. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

15. Was müssen Sie außerdem nach Eintritt des Versicherungsfalles beachten und bestehen davon unabhängig weitere Anzeigepflichten?

- a) Jede Krankenhausbehandlung ist uns unverzüglich, nach Möglichkeit innerhalb von 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen. Es genügt eine Meldung an die Notrufzentrale (unter 0 18 01 / 358 222*).
- b) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist innerhalb von 3 Monaten nach der Beendigung der Heilbehandlung geltend zu machen.
- c) Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe Nr. 14) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- d) Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch die Entbindung von der Schweigepflicht).
- e) Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- f) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- g) Wird für eine versicherte Person ein Krankheitskostenversicherungsvertrag für den gleichen Auslandsaufenthalt bei uns oder bei einem weiteren Versicherer abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

Bitte halten Sie sich an die oben aufgeführten Vorgaben. Wir sind ansonsten mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten (siehe Nr. 15a bis g) verletzt wird.

Wird die in Nr. 15g genannte Obliegenheit verletzt, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens

(* 3,9 ct/Min. aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

16. Was müssen die Belege enthalten?

Rechnungen müssen enthalten:

- Vor- und Zuname der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose) sowie
- die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten und Einzelpreisen.

Weiterhin ist zu beachten:

- Aus den Rezepten müssen der Name der versicherten Person, das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.
- Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
- Bei zahnärztlicher Heilbehandlung nach Nr. 4.3 muss die Rechnung die Bezeichnung der behandelten oder ersetzten Zähne und die jeweils vorgenommenen Leistungen enthalten.

17. Belege in fremder Sprache

Wir können eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen. Eventuell hierfür entstehende Kosten haben Sie zu tragen.

18. Belege in ausländischer Währung

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

Kreditkarten- und Bankgebühren sind nicht erstattungsfähig.

19. Kosten für Überweisungen

Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen können – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – von den Leistungen abgezogen werden.

20. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
- Sie oder die versicherte Person haben ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.
- Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen a) und b) genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze a) bis c) entsprechend anzuwenden.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Ob-

liegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

21. Wann können Sie aufrechnen?

Sie können gegen Forderungen unsererseits nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

22. Was ist bei Erteilen einer Empfangsvollmacht sowie Abgabe von Willenserklärungen und Anzeigen zu beachten?

Der Versicherungsnehmer hat uns einen in der Bundesrepublik Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zu benennen, der für die Dauer seines Auslandsaufenthaltes zur Abgabe und Entgegennahme jeder Willenserklärung aus diesem Versicherungsverhältnis berechtigt ist.

Kommt der Versicherungsnehmer dieser Pflicht nicht nach, so genügt für eine Willenserklärung, die ihm gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines Briefes an die letzte uns bekannte Wohnadresse des Versicherungsnehmers in der Bundesrepublik Deutschland. Die Erklärung wird mit dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie ohne eine Wohnungsänderung oder dem Auslandsaufenthalt bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

23. Gerichtsstand

Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln anhängig gemacht werden.

Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Aachener Straße 300, 50933 Köln

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.)*
(*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) regelt die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten, die Sie uns mitteilen. Danach können Daten verarbeitet und genutzt werden, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift das erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht. Sie ist auch erlaubt, wenn berechnigte Interessen der datenverarbeitenden Stelle gewahrt werden müssen und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen überwiegt, die Verarbeitung oder Nutzung auszuschließen.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf die sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung finden Sie in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz oder teilweise gestrichener Einwilligungserklärung können die Daten in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, verarbeitet und genutzt werden.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, der Kranken- und der Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten, der Sie jederzeit widersprechen können.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Die DKV speichert Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag wie zum Beispiel die Adresse (Antragsdaten). Weiter erfasst die DKV zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Bankverbindung und, falls erforderlich, die Angaben eines Dritten, zum Beispiel eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben dazu und gegebenenfalls auch Angaben von Dritten, wie zum Beispiel den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit.

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer achtet ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken. Deshalb gibt die DKV in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags oder im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, stellt die DKV ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz ist der Versicherte verpflichtet, bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Versicherungsfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Abwicklung des Versicherungsfalles wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören zum Beispiel frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären und um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. In bestimmten Fällen wie Doppelversicherungen, gesetzlichem Forderungsübergang oder bei Teilungsabkommen tauschen Versicherer personenbezogene Daten aus. Dabei werden Daten wie Namen und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und das Risiko oder Angaben zum Versicherungsfall wie Schadenhöhe und Schadentag weitergegeben.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Versicherungsfalles kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und getrennt davon für die Sparte Krankenversicherung beim Verband der Privaten Krankenversicherung zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Die Unternehmen der einzelnen Versicherungsbranchen (zum Beispiel Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und anderen Finanzdienstleistungen (zum Beispiel Kredite, Bausparen und Kapitalanlagen) sind rechtlich selbstständig. Sie arbeiten häufig in Unternehmensgruppen zusammen, um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können.

Dabei zentralisieren sie einzelne Bereiche wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. Dadurch können die Unternehmen Kosten sparen. Sie speichern Ihre Adresse nur einmal, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen. Auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, das heißt Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden zentral gesammelt. Dabei sind die so genannten Partnerdaten wie Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl und bestehende Verträge von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise können die Unternehmen der Gruppe eingehende Post immer richtig zuordnen und bei telefonischen Anfragen sofort den zuständigen Ansprechpartner nennen. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt gebucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten können dagegen nur die Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragen. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie zum Beispiel Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Der ERGO-Gruppe gehören z. Zt. die D.A.S. Versicherungsgesellschaften, die DKV Deutsche Krankenversicherung AG, die ERGO Pensionsfonds AG, die ERGO People & Pensions GmbH, die Hamburg-Mannheimer Versicherungsgesellschaften, die Hamburg-Mannheimer Rechtsschutz- Schaden- Service- GmbH, die KarstadtQuelle Versicherungsgesellschaften, die MEAG- Gesellschaften, die Neckermann Versicherungsgesellschaften, die VICTORIA Versicherungsgesellschaften und die Vorsorge Versicherungsgesellschaften an. Die jeweils aktuelle Zusammensetzung können Sie im Internet unter www.ergo.de einsehen oder auf Wunsch auch jederzeit bei uns erfragen.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung Ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen und Kapitalanlagegesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Zurzeit kooperieren wir mit:
Bayerische HypoVereinsbank- Gruppe
KarstadtQuelle Bank GmbH
Vereinsbank VICTORIA Bauspar AG

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die Ausführungen unter Punkt 7.

(Auf Wunsch stellen wir Ihnen eine aktuelle Übersicht mit den einzelnen zur ERGO-Gruppe gehörenden Unternehmen und Kooperationspartnern zu.)

6. Bonitätsprüfung

Wir nutzen Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen. Zweck ist es, die Zahlungsfähigkeit des Versicherungsnehmers zu überprüfen, um Kosten zu vermeiden, die bei Zahlungsunfähigkeit eines Versicherungsnehmers entstehen. Wir holen diese Auskunft selbst ein oder bedienen uns dazu einer Auskunft (wie z. B. Bürgel, Infoscore oder Creditreform). Um Verwechslungen ausschließen zu können, kann es dabei erforderlich sein, Ihren Namen, Ihre Adresse und ggf. Ihr Geburtsdatum an die Auskunft weiterzugeben.

7. Betreuung durch Versicherungsvermittler

DKV-Vermittler betreuen Sie in Ihren Versicherungsangelegenheiten. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Zu diesem Zweck erhält der Vermittler von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten wie Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (zum Beispiel Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Die DKV informiert Sie darüber, welcher Vermittler für Sie zuständig ist. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (zum Beispiel durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), benachrichtigt die DKV Sie über Ihren neuen Ansprechpartner.

8. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft, sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Wünschen Sie Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung über bzw. der beim Rückversicherer gespeicherten Daten, wenden Sie sich stets an Ihren Versicherer.



Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Abs. 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und mit der gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern nach der von bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsgeld im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Die Alterungsrückstellung verbleibt beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

